



# DOMANDA DI AFFILIAZIONE B.A.S. al MSP ITALIA

Via Cristoforo Colombo, 436 - 00145 Roma - Tel. 06.54.33.444 - Fax 06.54.14.100

Web. [www.msptalia.it](http://www.msptalia.it) - e-mail: [info@msptalia.it](mailto:info@msptalia.it)

Ente Nazionale con finalità assistenziali  
RICONOSCIMENTO MINISTERO  
DELL'INTERNO 10 MARZO 1989  
D.M. n. 559/C, 5876 1200.A. (94)



Associazione di Volontariato  
Dipartimento di Protezione Civile  
Presidenza del Consiglio Ministri  
Port. n. 82737 - 4.1.29 - 2/6/95



Ministero del Lavoro  
Associazione  
di Promozione Sociale  
D.M.21/11/2002

Codice MSP	
<input type="checkbox"/> 1ª Affiliazione	<input type="checkbox"/> Riaffiliazione
Data	Data .....

DENOMINAZIONE				P. IVA	
				C. F.	
INDIRIZZO SEDE SOCIALE		C.A.P.	COMUNE		PROV.
REGIONE		TEL RECAPITO	FAX	E-MAIL	

## ATTO COSTITUTIVO - STATUTO

Tipo Forma Costituzionale attuale		Natura giuridica			
<input type="checkbox"/> Atto Pubblico	<input type="checkbox"/> Scrittura Privata Autenticata	<input checked="" type="checkbox"/> Associazione senza personalità giuridica	<input type="checkbox"/> Associazione con personalità giuridica		
<input checked="" type="checkbox"/> Scrittura Privata	<input type="checkbox"/> Scrittura privata dep. uff. Registro	<input type="checkbox"/> Soc. di capitali SRL	<input type="checkbox"/> Soc. di capitali SpA		<input type="checkbox"/> Soc. cooperative

## PRESIDENTE/REFERENTE/RESPONSABILE

ASSICURAZIONE:BLUE CARD

COGNOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
NOME		
CODICE FISCALE	TESSERA N.	
INDIRIZZO		
	CAP	PROV.
TEL RECAPICO	E-MAIL	

Comunicazioni sulla Società (barrare le caselle ed inserire i codici)

<input checked="" type="checkbox"/> Affiliata solo al MSP	Quali .....
<input type="checkbox"/> Affiliata ad altri enti	
<input type="checkbox"/> Affiliata alle federazioni CONI	

ATTIVITÀ
<input checked="" type="checkbox"/> Monosportiva
<input type="checkbox"/> Polisportiva

AFFILIAZIONE E TESSERAMENTO SOCI
<input type="checkbox"/> Gestione anno solare (1/1 - 31/12)
<input checked="" type="checkbox"/> Gestione anno sportivo (1/9 - 31/8)

Periodicità attività praticata
<input type="checkbox"/> Mensile
<input type="checkbox"/> Trimestrale
<input type="checkbox"/> Semestrale
<input checked="" type="checkbox"/> Annuale

Ambito di attività
<input type="checkbox"/> area parrocchia/oratorio
<input type="checkbox"/> area scuola
<input type="checkbox"/> area comunità
<input type="checkbox"/> area ambiente
<input checked="" type="checkbox"/> altro

Attività praticata (inserire codici)

3585	3584	3586																	
------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto Presidente CHIEDE l'affiliazione della propria associazione, regolarmente costituita ed in processo di proprio statuto sociale, al M.S.P. Italia Per l'anno 20...../20..... e DICHIARA, nell'accettare lo statuto ed i regolamenti del M.S.P. Italia, che tutti i tesserati sono in processo della idonea Certificazione Medica per l'attività sportiva praticata. Il Presidente della Società dichiara sotto la propria responsabilità che tutti gli atleti, giudici, tecnici e dirigente tesserati con la propria Società partecipano alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dal MSP Italia in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago. dichiara altresì che tutti i tesserati si impegnano a non chiedere il risarcimento dei danni al MSP Italia per infortuni non rimborsati dalla società di assicurazione. Il Sottoscritto Presidente della Società, dichiara, in oltre, in base al consenso scritto validamente prestato da parte dei propri Soci, ai sensi del S.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla protezione dei dati personali e successive modificazione, di autorizzare il MSP Italia ad utilizzare e gestire per i suoi fini istituzionali i nominativi da parte dei propri Soci Tesserati.

NUMERO E TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL PRES.	FIRMA DEL PRESIDENTE	Timbro della Società
DATA DI PRESENTAZIONE	Ricevuta del Comitato MSP .....	DATA SCADENZA AFFILIAZIONE
	(data, firma e timbro)	

### NOTA BENE

- Il presente modulo sprovvisto della firma del Presidente o di altri dati, non sarà ritenuto valido ai fini dell'affiliazione.
- Allegare per le nuove affiliazioni copia dell'Atto Costitutivo, dello Statuto e documento di riconoscimento del Presidente.
- Il presente modulo deve essere consegnato o inviato a mezzo raccomandata al comitato periferico M.S.P. competente per territorio.
- La prima copia è di competenza del MSP Nazionale, la seconda MSP Regionale, la terza MSP Provinciale, la quarta deve essere restituita alla Società affiliata.
- Al fine della validità della domanda di affiliazione le coperture del consiglio direttivo dovranno essere **esclusivamente** di tipologia B.